FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964.

N° 187

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jacques GUILLEMOT

né le 14 février à Courbevoie (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le : 1964.

COMPLICATIONS INFECTIEUSES APRES 272 INTERVENTIONS FISTULISANTES.

Président : M. G. RENARD, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964. N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jacques GUILLEMOT

né le 14 février à Courbevoie (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le :

COMPLICATIONS INFECTIEUSES APRES 272 INTERVENTIONS FISTULISANTES.

Président : M. G. RENARD, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-1-1964

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIFU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma mère,

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550012_0039

A ma femme,

A ma fille,

A Monsieur le Professeur RENARD

Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse .

Il a guidé nos débuts .

Qu'il trouve ici l'expression de
notre grande reconnaissance .

A Monsieur le Docteur BLANCARD

Dont l'enseignement clair et constant nous est donné actuellement .

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance .

A Madame le Docteur CACQUET

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur PATEL

Monsieur le Professeur BOUR

Monsieur le Docteur BOLGERT

Monsieur le Professeur GARCIN

Monsieur le Professeur RENARD

Monsieur le Docteur BLANCARD

Les complications infectieuses consécutives aux interventions fistulisantes techniquement réussies ont toujours été considérées comme rares et de pronostic grave .

Déjà PANAS, en 1894, dans son "Traité des Maladies des Yeux" en discutait la possibilité dans le cas des cicatrices cystoïdes : "Par la suite, la cicatrice devient fréquemment cystoïde, de là une source d'irritation permanente et d'infection possible" .

Il nous a paru intéressant, à la lumière des résultats obtenus dans un grand service ophtalmologique, d'examiner l'évolution de ce problème .

Notre étude porte sur l'examen de 272 opérations fistulisantes antiglaucomateuses de types divers pratiquées de 1955 à 1963 dans le service de Monsieur le Professeur RENARD (Clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu à Paris) .

Nous avons d'abord procédé à une analyse de ces cas, notamment sous forme de statistiques, pour déterminer :

1 - La nature des complications infectieuses

2 - Leur fréquence suivant le type d'intervention

3 - L'influence de l'âge
du sexe
du terrain .

4 - Le délai d'apparition par rapport à l'intervention .

5 - L'existence de signes locaux et généraux associés .

Puis nous nous sommes attachés à en faire un examen plus détaillé, en nous rapportant éventuellement à la littérature, pour essayer d'en fixer :

a - L'étiologie éventuelle

b - Les conséquences anatomiques et fonctionnelles .

Enfin, nous nous sommes proposé d'étudier, à la lumière des récentes acquisitions thérapeutiques, les moyens à mettre en oeuvre pour éviter de telles complications .

Les complications infectieuses sont divisées en précoces et tardives .

Nous éliminons les "précoces", n'ayant pas rencontré une seule infection purulente aiguë du globe dans les suites opératoires immédiates .

Ces infections précoces sont généralement attribuées à une faute d'asepsie, beaucoup plus rarement à une infection endogène . Apparaissant 24 à 48 heures après l'intervention, elles sont devenues exceptionnelles . Dans la littérature, elles sont cependant diversement appréciées, c'est ainsi que dans le "journal of Ophtalmologie" en 1949, sur 2175 cas d'iridencleisis, moins de 1 % d'infection post-opératoires sont relevées . Par contre Kalt et Decaudin donnent un pourcentage plus élevé .

Les "tardives" sont de deux types :

- soit banales iridocyclites,
- soit infections purulentes vraies .

L'iridocyclite se manifeste par :

- Les douleurs oculaires ou périorbitaires précédant parfois de quelques jours les signes objectifs, pouvant être accompagnées de larmoiement .
- Un cercle périkératique avec ses deux composantes conjonctivale et épisclérale .
- Un tyndall, pouvant réaliser les divers types, allant de l'aspect poussiéreux gris bleuté à l'apparition de filaments, voir de prise en masse de l'exsudation .
- Des précipités sur la descemet, en général blancs, translucides, arrondis, bien limités, isolés ou associés à des grains de pigment .
- Parfois par des plis de la descemet .

L'infection vraie est réalisée par l'association d'un hypopion à des signes infectieux du segment antérieur .

L'exemple le plus caractéristique en est donné par l'observation numéro deux où l'on note : "Une chambre antérieure remplie d'une exsudation abondante, comme prise en masse, avec un hypopion, des flocons de pus tombant de la bulle dans la chambre antérieure" .

- I -

ETUDE DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES

OBSERVEES DANS UNE SERIE DE 272 OPERATIONS FISTULISANTES ANTIGLAUCOMATEUSES

A.- Nature des interventions :

Ces 272 interventions se décomposent comme suit :

- 110 Elliot
- 126 Lagrange
- 36 Iridencleisis .

B.- Fréquence suivant le type d'intervention

Parmi ces 272 interventions on notait :

- 3 cas compliqués d'infection vraie
- 8 cas compliqués d'iridocyclite .

a.- Les infections vraies se répartissent comme suit :

- Sur 110 Elliot 1 cas (0,90 %)
- Sur 126 cas Lagrange 1 cas (0,75 %)
- Sur 36 iridencleisis 1 cas (3 %) .

Remarquons tout de suite que le cas (observation I), d'infection secondaire à un iridencleisis, est particulièrement génant si nous comparons aux statistiques connues . Dellaporta trouve, dans la littérature,

sur 2175 cas d'iridencleisis 0,25 % d'infection tardive et sur 224 de ses propres cas n'a pas de complication infectieuse, soit 0 % . Cependant 36 cas sont insuffisants pour établir un pourcentage de 3 % d'infection post-opératoire après iridencleisis .

Il en est tout autrement des 0,90 % après intervention d'Elliot, confirmant la relative fréquence de l'infection dans cette intervention (Voisin et Haye - 1961 - 2 sur 79 cas soit 2,5 %, et des statistiques plus anciennes donnent un pourcentage analogue) ainsi que du seul cas après 126 Lagrange, confirmant le peu de fréquence de cette complication après Lagrange .

Il faut cependant noter la statistique de Monsieur le Professeur DUVERGER portant sur 2000 opérations de Lagrange (1954) pratiquées pendant quarante ans . Il en a conservé quatre cent fiches . Exposant les complications il écrit : "La véritable complication est l'infection tardive de la fistule, j'en ai vu une cinquantaine" . Ce chiffre nous a été aimablement confirmé personnellement : "Le pourcentage de 2,5 % que j'avais donné lors de ma communication sur le glaucome chronique et l'opération de Lagrange a peut être un peu baissé, car je ne me souviens pas d'en avoir vu depuis quatre ans, mais il doit bien avoisiner deux pour cent" .

b.- Les iridocyclites

Sur les huit fistules compliquées d'iridocyclite, il y avait 4 Elliot et 4 Lagrange, aucun iridencleisis, ce qui ajouté au nombre des infections vraies donne :

110 Elliot	4 + 1 = 5	(soit 4,5 %)
126 Lagrange	4 + 1 = 5	(soit 4 %)
36 iridencleisis	1 + 0 = 1	(soit 3 %) .

Ce qui tend à égaliser les risques suivant Elliot et Lagrange, mais augmente la réserve envers le 3 % suivant Iridencleisis .

C.- Influence du terrain : suivant l'âge, le sexe, l'état général

a.- L'âge

Les trois cas d'infection vraie avaient entre soixante et soixante cinq ans au moment de l'infection .

L'iridocyclite se manifeste quatre fois entre soixante et soixante dix ans, trois fois entre cinquante et soixante ans et une fois au-dessus de soixante dix ans, ce qui donne une répartition plus large .

b.- Le sexe

Dans les trois formes graves, il s'agissait de trois hommes, dans les huit cas d'iridocyclite on comptait trois hommes et cinq femmes .

L'homme serait-il sujet à faire des formes plus graves ?

c.- L'état général

Dans les cas compliqués d'infection vraie :

Un seul malade (observation 1) présentait un terrain déficient et de façon modérée . Ses réactions sérologiques étaient positives de façon dissociée . Par ailleurs, sa glycémie subnormale a nécessité une hyperglycémie provoquée montrant une augmentation de la surface du triangle . C'est aussi le seul malade à avoir fait, lors de son infection oculaire, un épisode général à type de bronchite avec rhinite .

Dans les cas compliqués d'iridocyclite :

Trois malades présentaient une affection organique .

Dans un cas il s'agit d'un diabète découvert lors du bilan pré-opératoire, la glycémie est à 1,55 g . Par ailleurs ce malade présentait une tuberculose pulmonaire stabilisée ainsi qu'un éthylisme avoué .

Dans le deuxième cas on trouve une hypertension artérielle à 22 de max.

Enfin dans le troisième, ce sont des antécédents d'infarctus du myocarde, le malade étant sous traitement anticoagulant .

Cette proportion d'affections organiques associées au glaucome ne semble pas être très supérieure à celle existant dans une population du même âge .

D.- Le délai d'apparition par rapport à l'intervention

Dans les trois cas, l'infection vraie est apparue respectivement : 4 mois, 1 an et 2 ans après l'intervention . La date d'apparition de l'iridocyclite s'étale régulièrement de six jours à quatre ans et demi .

Cette infection ne semble donc pouvoir survenir que dans les années qui suivent de peu l'intervention .

Cependant notre étude ne porte que sur des interventions pratiquées depuis huit ans, et nous avons une iridocyclite survenue quatre ans et demi après l'opération, se présentant comme une infection directe de la fistule .

De même dans la littérature, nous avons relevé deux autres cas tardifs, l'un survient quatre ans après l'intervention, il est contemporain d'une conjonctivite aiguë, l'autre, cité par Kalt, survient quinze ans après l'intervention .

De plus, l'âge ququel sont pratiquées les interventions ne laisse pas toujours une survie suffisante pour l'apparition de complications très éloignées .

Nous rejoignons donc la conception classique selon laquelle l'infection peut se produire à n'importe quelle date après l'intervention, avec cependant une plus grande fréquence pour les années suivant immédiatement l'intervention .

E.- Les signes associés

1.- Locaux

a.- Lors des infections avec hypopion

Dans l'observation 1, il existe au lavage des voies lacrymales, un passage avec reflux muco purulent .

Dans l'observation II, une conjonctivite chronique précède durant

une année l'infection vraie . A ce moment, il existe une bronchite avec rhinite .

b.- Lors des iridocyclites pures

Deux conjonctivites sont notées accompagnant les réactions de la chambre antérieure .

2.- Généraux

L'association à des signes généraux ne nous retiendra pas . En effet, aucune manifestation générale n'a été notée pendant ces infections, en particulier il n'y a jamais eu de fièvre .

- II -

Nous nous sommes particulièrement attachés à étudier l'étiologie éventuelle et les conséquences anatomiques et fonctionnelles de ces infections .

A.- L'étiologie

Est bien difficile à préciser .

Nous allons essayer d'objectiver :

1.- La présence de germe

2.- La relation entre la fistule et l'infection

3.- La présence d'une infection de voisinage .

1.- La présence de germe

Un germe peut être recherché par ponction de la chambre antérieure ou par frottis culture .

a.- Par ponction de la chambre antérieure

Il faut noter que nous n'avons jamais pu isoler un germe par ponction de la chambre antérieure, la culture de l'humeur acqueuse s'est toujours révélée négative .

Nous avons deux observations où la culture de l'humeur acqueuse a été faite .

Dans la première, observation II, il s'agissait d'une infection vraie avec hypopion . L'examen de l'humeur acqueuse ne met en

évidence que des polynucléaires altérés dans un liquide très fibrineux, à réaction de Pandy fortement positive .

Dans la seconde, observation F, il s'agissait d'une iridocyclite, on notait : une réaction de Pandy positive, au point de vue cytologique l'existence de quelques débris cellulaires, la présence de rares grains de pigment, il n'y avait pas de germe visible . La culture fut négative .

b.- Les frottis

Ils ont permis d'isoler des germes à des temps variables : lors du bilan pré-opératoire, avant l'épisode infectieux aigu, pendant cette infection .

C'est ainsi que dans les deux cas ayant eu une ponction de la chambre antérieure on notait : Dans l'observation II l'isolement d'un protéus lors d'une conjonctivite chronique précédant l'infection ; de même dans l'observation F, un germe est isolé le premier jour de l'affection il s'agit d'un staphylocoque doré pathogène .

Deux autres germes ont été isolés, tous les deux lors d'iridocyclite .

Dans l'observation A, un staphylocoque pathogène est isolé au tout début de l'infection, lors de l'évolution de l'iridocyclite, des bacilles gram + sont retrouvés, résistant à la plupart des antibiotiques .

Dans l'observation B un entérocoque est isolé par frottis culture avant l'intervention, celle-ci s'est compliquée dans les mois suivants cette intervention .

Cette absence, fréquente, de germes directement retrouvés, peut reconnaître plusieurs causes : soit absence de germe, ce qui est aussi peu vraisemblable qu'une déficience du laboratoire, soit raréfaction des germes à la suite d'un traitement antibiotique, ce qui est beaucoup plus probable . Les collyres antibiotiques sont en effet trop souvent prescrit sur un diagnostic "d'oeil rouge" ou utilisés spontanément par le malade, la recherche bactériologique de germe étant ultéricure .

évidence que des polynucléaires altérés dans un liquide très fibrineux, à réaction de Pandy fortement positive .

Dans la seconde, observation F, il s'agissait d'une iridocyclite, on notait : une réaction de Pandy positive, au point de vue cytologique l'existence de quelques débris cellulaires, la présence de rares grains de pigment, il n'y avait pas de germe visible . La culture fut négative .

b.- Les frottis

Ils ont permis d'isoler des germes à des temps variables : lors du bilan pré-opératoire, avant l'épisode infectieux aigu, pendant cette infection .

C'est ainsi que dans les deux cas ayant eu une ponction de la chambre antérieure on notait : Dans l'observation II l'isolement d'un protéus lors d'une conjonctivite chronique précédant l'infection ; de même dans l'observation F, un germe est isolé le premier jour de l'affection il s'agit d'un staphylocoque doré pathogène .

Deux autres germes ont été isolés, tous les deux lors d'iridocyclite .

Dans l'observation A, un staphylocoque pathogène est isolé au tout début de l'infection, lors de l'évolution de l'iridocyclite, des bacilles gram + sont retrouvés, résistant à la plupart des antibiotiques .

Dans l'observation B un entérocoque est isolé par frottis culture avant l'intervention, celle-ci s'est compliquée dans les mois suivants cette intervention .

Cette absence, fréquente, de germes directement retrouvés, peut reconnaître plusieurs causes : soit absence de germe, ce qui est aussi peu vraisemblable qu'une déficience du laboratoire, soit raréfaction des germes à la suite d'un traitement antibiotique, ce qui est beaucoup plus probable . Les collyres antibiotiques sont en effet trop souvent prescrit sur un diagnostic "d'oeil rouge" ou utilisés spontanément par le malade, la recherche bactériologique de germe étant ultérieure .

L'observation II en est un bon exemple :

Hyperhémie conjonctivale droite s'accompagnant de sécrétions purulentes, institution d'un traitement par la tifomycine et l'homatropine . Trois jours plus tard : la chambre antérieure est remplie d'une exsudation abondante comme prise en masse avec lunule d'hypopion, migration pigmentaire ; on voit les flocons de pus tombant de la bulle dans la chambre antérieure . La culture est négative, on pratique un lavage de la chambre antérieure à la tyfomicine qui entraine la guérison .

Il n'a donc pas été possible de mettre en évidence un germe au moment même de l'infection, si ce n'est dans un cas (observation F) : le premier jour de l'iridocyclite, où l'oeil est rouge, douloureux et larmoyant, où il présente un tyndall,un staphylocoque doré est isolé par frottis .

2.- La relation existant entre la fistule et l'infection semble plus évidente .

Malheureusement, il ne nous a pas été donné de vérifier dans tous les cas l'existence ou l'absence d'une filtration externe, le test de Seidel n'étant que peu pratiqué avant le travail de Madame Bonnet Géhin (1962) .

Dans un seul cas, existait un test de Seidel positif (observation B) avec une filtration discrète en pomme d'arrosoir . Un recouvrement épiscléral fut ensuite pratiqué .

Dans trois autres cas il fut négatif .

Il ne fut pas pratiqué dans les huit autres infections .

Cependant, dans un cas, l'infection débute nettement au niveau de la fistule (observation F) : oeil gauche un peu douloureux, rouge et larmoyant, hyperhémie surtout bulbaire et localisée autour de la fistule .

Dans deux autres cas, elle y prédomine . Il s'agit de l'observation II où les flocons de pus tombent de la bulle dans la chambre antérieure, et de l'observation III où la bulle est blanc jaunâtre, elle va se

nettoyer, mais quatre mois plus tard, va apparaître une panophtalmie avec perforation entrainant l'énucléation .

3.- La présence d'une infection de voisinage

Elle a déjà été étudiée lors de la recherche des signes associés.

Rappellons l'existence, dans quatre sur onze observations, d'une infection de voisinage : une infection des voies lacrymales, trois conjonctivites dont une associée à une infection des voies respiratoires supérieures .

Il semble donc que l'infection soit d'origine exogène par l'intermédiaire de la fistule (début ou prédominance des signes infectieux, conjonctivite ou reflux muco purulent des voies lacrymales) . C'est ce que tendent à confirmer les iridocyclites bilatérales survenant respectivement dans le premier mois après Elliot (observation II) et dans le deuxième mois après Lagrange bilatéral (observation III) .

Notons aussi que chacune des trois infections vraies se sont présentées au début comme une iridocyclite .

D'autre part, dans les huit cas de simple iridocyclite, il n'y a eu aucun cas d'atteinte bilatérale mais dans un cas seulement une fistule bilatérale a été faite .

B.- Les conséquences anatomiques et fonctionnelles

Leur étude contribue à confirmer la notion de gravité de l'infection dès qu'il y a présence de pus .

L'évolution rejoint celle des deux cas de Haye, secondaire aux Elliot, avec remontée tensionnelle ou énucléation ; celle de madame Bonnet qui est aussi pessimiste et contraste avec celle du cas publié par Vancea et Tudor où l'acuité revint à 2/3 et la tension fut stabilisée à 12 mm de Hg .

Dans l'observation II il y eut panophtalmie gauche avec descemetocoele et perforation spontanée . Il a fallu énucléer . L'oeil droit, hypotonique, a vu après une iridocyclite sa tension remonter à 32 (aplanation) et s'y maintenir, il s'agissait d'un Lagrange bilatéral .

Dans l'observation II (Elliot bilatéral) est apparue, après infection, une remontée tensionnelle de l'oeil droit persistant sous traitement médical .

Dans l'observation I (Iridencleisis droit) la guérison a été complète sur le plan anatomique, mais n'a pu être jugée sur le plan fonctionnel .

Il faut opposer ces complications inéluctables et graves de l'infection vraie à celles de l'iridocyclite où sur huit cas, deux se sont compliqués .

Un a été suivi d'une remontée tensionnelle transitoire .

Un autre s'est terminé par une cataracte secondaire vraisemblablement à l'hypotonie, non améliorée par un recouvrement épiscléral, le test de Seidel étant cependant négatif .

A ces deux complications, il pourrait être ajouté la remontée définitive de tension de l'observation III, secondaire à une iridocyclite pure de l'oeil droit .

Ces remontées tensionnelles sont en rapport avec des modifications de la fistule, elle devient alors plate, recouverte d'un tissu conjonctif vascularisé, non filtrante .

Sur le plan de l'acuité visuelle, l'altération est manifeste .

Les résultats sont :

Pour l'infection vraie :

- une énucléation
- une chute nette de 3/10 à 1/10
- un résultat non connu .

Pour les iridocyclites :

- trois baisses nettes d'acuité, de 9/10 à 5/10, de 10/10 à 6/10, de 6/10 à 4/10 .
- une baisse modérée de 9/10 à 8/10
- quatre acuités inchangées de 1/50 à 1/50, de 1/10 à 1/10, de 2/10 à 2/10 et de 2/10 à 2/10 . Cette conservation se faisant surtout sur les faibles acuités .

- III -

Voyons maintenant, à la lumière des récentes acquisitions thérapeutiques, les moyens à mettre en oeuvre pour prévenir et guérir ces complications .

Il faut tout d'abord rappeler que chacune des infections vraies a débuté par une iridocyclite .

Rappelons ensuite, que le temps de survenue de ces infections s'étale jusqu'à deux ans après l'intervention dans nos cas, des cas plus tardifs ayant été relevés dans la littérature (Van der Stroeten : une infection tardive au bout de quatre ans, apparue après une conjonctivite aiguë ; Kalt, 15 ans après l'intervention) . Il en est de même pour les iridocyclites, où parmi nos huit cas, l'un est survenu quatre ans et demi après l'intervention .

Le traitement antiseptique préventif systématique est donc impossible ainsi qu'un traitement antibiotique . Le danger de survenue de résistance des germes s'y oppose par ailleurs .

La meilleure prévention consiste donc :

1.- A traiter toute infection focale ou générale survenant chez un malade porteur d'une fistule . (Conjonctivite dans un cas avec rhinite et bronchite, reflux mucopurulent dans un autre cas) .

2.- Ensuite et surtout à traiter énergiquement l'infection déclarée du segment antérieur par un traitement antibiotique : instillation,

injection sous conjonctivale, injection dans la chambre antérieure après ponction (guérison dans les deux cas où elle a été pratiquée) .

Ce traitement devrait être mixte car les malades ont souvent déjà reçu un traitement antibiotique par voie locale ; de plus, le germe trouvé une fois immédiatement avant le déclenchement de l'affection était gram négatif , dans deux autres cas, il s'agissait de staphylocoques dorés dont la résistance est bien connue, enfin une fois, une flore variée résistante à la plupart des antibiotiques .

A ce traitement, les corticoïdes généraux et locaux peuvent être ajoutés, espérant par leur action anti-inflammatoire assurer une meilleure pénétration des antibiotiques, réduire le risque de synéchies et d'occlusion de la fistule, empêcher une remontée tensionnelle définitive .

Mettons à part l'existence d'une fistule externe, nécessitant l'intervention chirurgicale et l'abstention en corticoïde .

Ce traitement doit être institué immédiatement, devant la plus discrète suspicion d'infection, pour conserver la moindre chance de succès .

C'est ainsi que les deux premiers cas d'infection tardive ont reçu un traitement précoce et intensif :

Dans l'observation I, le traitement a été institué le jour même de l'apparition des signes . Il comportait des antibiotiques par voie générale, pénicilline et streptomycine ; par voie locale : instillations de terramycine, désinfection nasale, injection sous conjonctivale de tifomycine . Il y avait de plus un traitement anti-inflammatoire : solucort et tendéryl .

Dans l'observation II, il a été ajouté au traitement précédent un lavage à la tifomycine de la chambre antérieure après ponction . Ce cas est d'ailleurs remarquable, le malade est venu consulter pour un oeil rouge avec sécrétions purulentes, il reçoit des instillations cinq fois par jour, de tifomycine, trois jours plus tard apparition d'un hypopion, traité immédiatement et énergiquement, on obtient la guérison .

L'évolution de ces deux cas a été favorable, mais n'a pas abouti à la restitution intégrale .

Dans l'observation III, une première poussée d'infection traitée par antibiothérapie et corticothérapie générale (péni. strepto et cortancyl) et locale (collyre antibiotique et solucort) avait régressé avec disparition des signes infectieux, un deuxième épisode survenu un mois plus tard aboutit à l'énucléation .

Le traitement de l'iridocyclite au début doit donc être institué de façon intensive et immédiate car :

1.- Dans les huit cas d'iridocyclite pure il n'y eut qu'une remontée tensionnelle .

2.- Ensuite et surtout, car une iridocyclite nous semble pouvoir être le début d'une infection avec hypopion .

Cependant, dans nos observations, le délai de mise en route du traitement depuis l'apparition des tout premiers signes s'étale de quelques heures à cinq jours .

Cette bénignité de l'iridocyclite doit être opposée à la gravité de l'infection déclarée où le traitement actuel n'amène pas un pronostic bien différent de celui des injections sous conjonctivales de mercure .

Si cette redoutable complication n'aboutit plus immanquablement comme autrefois à la perte de l'oeil à plus ou moins brève échéance, et si nos résultats nous permettent de souscrire à l'opinion parfois exprimée récemment selon laquelle l'infection tardive est à l'heure actuelle bien enrayée par les moyens bactériostatiques et antibiotiques modernes, le résultat anatomique et fonctionnel reste trop souvent décevant : certes l'hypopion disparait, mais la tension remonte ou l'oeil est aveugle .

"On recommandera aux opérés une sévère hygiène et une grande prudence" car pour être filtrante la fistule est nécessairement fragile, ce qui n'enlève rien de leur mérite à ces nécessaires interventions fistulisantes .

Il faudra donc s'efforcer de prévenir le malade du danger de toute infection tant générale que locale, l'amener à consulter le plus rapidement possible au moindre signe : légère douleur oculaire ou sus orbitaire que le glaucomateux connait souvent, petite sécrétion filante au niveau des paupières, surtout rougeur au niveau d'un oeil et d'autant plus si cette hyperhémie prédomine dans la région de la fistule .

CONCLUSIONS

De l'analyse détaillée à laquelle nous avons procédé dans la première partie de cette étude, il ressort que :

- Nous n'avons pas relevé un seul cas d'infection précoce ni d'atrophie du globe .

- L'iridocyclite est plus fréquente que l'infection vraie .

- Aucune des techniques chirurgicales ne semble pouvoir échapper à ces complications, l'Elliot et le Lagrange également, l'iridencleisis ne pouvant être jugé sur 36 interventions .

- Les complications graves surviennent surtout entre soixante et soixante cinq ans, les iridocyclites trouvent une répartition plus large .

- Le terrain préexistant ne semble pas entrer en jeu .

Enfin ces complications ne semblent pourvoir survenir que dans les années suivant l'intervention .

Dans la deuxième partie, nous avons montré la relation existant entre la fistule et l'infection du segment antérieur, la filtration externe n'étant pas objectivée .

De la présente étude détaillée de 272 cas assez récents d'intervention fistulisante, nous pouvons donc conclure que si les iridocyclites pures sont encore assez fréquentes, les infections vraies tardives, qui n'ont rien perdu de leur gravité, demeurent une complication rare mais dangereuse à laquelle aucune technique ne semble pouvoir échapper complètement .

Observation I .-

Monsieur A... Maurice 57 ans .

En 1951	Glaucome absolu de l'O.G. T.O.G. 50 V. = 0 T.O.D. 10 V. = 10/10
23 - 5 - 59	O.G. cristallin subluxé, cataracte O.D. T.O.D. 70 sous pilo . V.O.D. 3/10 C.V. amputation supérieure nasale avec exclusion de la tache aveugle .
25 - 9 - 59	Iridencleisis O.D. sans incident
14 - 10 - 59	T.O.D. 6/7,5
10 - 5 - 62	Hier baisse d'acuité visuelle Céphalée sus orbitaire droite T.O.D. 30 Buée cornéenne, tyndall, lunule d'hypopion s/c tifo . Tifo. dans le nez .
11 - 5 - 62	T.O.D. 25 V.L. : passage après reflux mucopurulent .
12 - 5 - 62	Culture O.D. nagative .
14 - 5 - 62	T.O.D. 8/7,5 17 . B. L.A.F. La filtration semble revenue Oeil toujours rouge Précipités très nombreux sur la descemet, quelques plis C.A. un peu plate, tyndall = ++ Pas d'hypopion . Lavage V.L. avec tifo . Radio sinus normale

17 - 5 - 62	Plis de la descemet Fibrine dans la chambre antérieure Lunule d'hypopion T.O. 15 Terra. Solucort.
2 - 6 - 62	L.A.F. : Nombreux pigments sur la descemet, pas de plis Pas de tyndall Pas d'hypopion Nombreux dépôts sur la cristalloïde antérieure, cristallin opalescent .
4 - 6 - 62	Sort . Suivi en ville .

Observation II .-

Monsieur B... Gaston 60 ans .

12 - 4 - 62 Envoyé pour glaucome chronique .
V.O.D. a.c. 4/10 T.O.D. 36
V.O.G. a.c. 5/10 T.O.G. 36
Frottis D.G. négatif
Sérologie syphilitique dissociée
Coeur ischémie antéro latérale .

18 - 4 - 62 O.D. Elliot à 12 heures avec irideotomie périphérique, petit surget conjonctival .

Bonnes suites .
T.O.D. 15 B. T.O.G. 20 B.

16 - 8 - 62 Depuis trois semaines O.D. rouge, sensible .
V.O.D. 4/10 V.O.G. 8/10
L.A.F. O.D. Rougeur conjonctivale prédominant à l'angle interne, légère injection ciliaire . Bonne filtration . Cornée normale
O.G. Calme .
T.O.D.G. 10/7,5

6 - 9 - 62 O.D. Hyperhémie bulbaire à l'angle interne
Bonne bulle
T.O.D. 10/7,5 T.O.G. 12/7,5

9 - 2 - 63 O.D.G. Prurit palpébral . Sensation de sable dans les yeux . Paupières collées le matin .
Légère hyperhémie conjonctivale et palpébrale .

25 - 2 - 63 Diminution des signes cliniques .

11 - 5 - 63 Forte hyperhémie oeil droit depuis quelques jours . Bronchite et rhinite .
L.A.F. O.D. hyperhémie conjonctivale,
sécrétions purulentes
bonne filtration .

V.O.D. 5/10 T.O.D. 10/7,5
V.O.G. 6/10 T.O.G. 10/7,5
Tifo . homatropine .

14 - 5 - 63 Crise douloureuse très violente
L.A.F. O.D. : Pus dans les culs de sac, oeil rouge chambre antérieure remplie d'une exsudation comme prise en masse avec migration pigmentaire . Lunule d'hypopion . Oedème sous épithélial . On voit les flocons de pus tombant de la bulle dans la chambre antérieure . Bords pupillaire présentant des néo vaisseaux .

Gonioscopie : Tyndall devant l'aire d'iridectomie . Angle libre par ailleurs avec quelques exsudats sur tout le pourtour , floconneux .
T.O.D. 20 aplanation .
Ponction de la C. A. Lavage tifo.

20 - 5 - 63 L.A.F. Oedème cornéen sous épithélial, quelques plis descemétiques, tyndall, gros exsudat fibrino-purulent dans l'aire pupillaire .

14 - 6 - 63 V.O.D. a. c. : 1,5/10 T.O.D. 7/7,5
V.O.G. a. c. 6/10 T.O.G. 8,5/7,5

6 - 7 - 63 Se plaint toujours de souffrir de son oeil droit .
O.D. encore rouge .
L.A.F. pas de signe inflammatoire du segment antérieur
Fistule plate recouverte d'un conjonctif vascularisé .
T.O.D. 60 T.O.G. 15

Par la suite la tension est toujours élevée malgré la pilocarpine et le mintacol dans l'oeil droit .

Observation III .-

Monsieur M... Daniel 62 ans .

28 - 3 - 60	V.O.D. 6/10	T.O.D. 3/7,5
	V.O.G. 10/10	T.O.G. 3,5/7,5
		Pilo.
25 - 1 - 61	V.O.D. 3/10	T.O.D. 28 sous pilo
	V.O.G. 8/10	T.O.G. 28 " "
8 - 2 - 61	Bilan pré opératoire normal .	
	Lagrange O.D. Iridectomie périphérique	
16 - 2 - 61	Bilan de sortie :	
	V.O.D. t.s. 2/10 inaméliorable	
	L.A.F. : C.A. très plate, mais existe	
	iris se dilate mal	
	Tifo. Homatropine	
	T.O.D. oeil très mou, hypotonie	
	T.O.G. 17	
	Jusque en Avril 61 (2 mois) persistance des signes inflammatoires du segment antérieur et de l'hypotonie qui se normalise . L'hypertonie gauche se maintient sous traitement médical .	
3 - 62	V.O.D. 1/10	V.O.G. 6/10
28 - 3 - 62	Lagrange O.G. sans incident	
21 - 4 - 62	Revient : douleurs O.G.	
	Bulle très saillante, iris enclavé .	
	Début d'infection . C.A. très étroite , plis sur la descemet, iris vasculaire adhérent au cristallin très opacifié avec des vaisseaux débordants sur le cristallin .	
	Frottis culture ; staphylo. blanc .	

Troisième hospitalisation :

	Antibiothérapie locale et générale, corticoïdes locaux et généraux .
	Amélioration des signes inflammatoires mais C.A. toujours plate .
2 - 5 - 62	Bulle d'air dans la C.A. sans incident .
11 - 5 - 62	Très douloureux
14 - 5 - 62	L.A.F. : Bulle blanc jaunâtre . Hyphéma total, infiltration hématique de la cornée
	T.O.G. 2/7,5
17 - 5 - 62	Bulle transparente .
27 - 8 - 62	Depuis 24 heures : douleurs O.G., céphalées, insomnies
	Perforation de l'O.G.
	Il ne reste que la descemet qui fait une mince pellicule excavée .
	Aspect de panophtalmie .
29 - 8 - 62	Enucléation
20 - 5 - 63	T.O.D. 32

Observation a .-

Monsieur D... Alexandre 63 ans .

Glaucome chronique de l'oeil gauche dépisté en Juin 1962, le malade se plaignait d'une mauvaise acuité de l'oeil gauche depuis un an . Il n'y avait pas de phénomène douloureux ni de halo coloré . L'acuité était de 12/10 à chaque oeil avec correction . La tension était à 22 à droite et à 32 à gauche . La tension ne baisse pas sous traitement et devant l'altération du champs visuel on intervient .

19 - 11 - 62 Au cours du bilan pré opératoire, le frottis culture isole un staphylocoque pathogène . Traitement à la Kanamycine .

27 - 11 - 62 Elliot à 12 heures avec iridectomie périphérique .

Après intervention l'acuité reste de 10/10, l'oeil hypotone a une tension de 8 . Le test de Seidel est négatif .

27 - 6 - 63 Depuis deux jours, l'oeil gauche est douloureux, rouge, avec une baisse de l'acuité visuelle .
A la lampe à fente : C.A. petite, tyndall +++, des gros plis de la descemet, pas de modification du tonus .

Un traitement antibiotique général est associé à la tifomycine en instilation, sous conjonctivales, lavage des voies lacrymales . Instillation de solucort . Un frottis culture isole des bacilles gram +, très polymorphes .

6 - 7 - 63 Bilan : acuité A.C. 9/10 , T.O. : 6
Hyperhémie conjonctivale diffuse et discrète, bonne bulle de filtration . C.A. Tyndall négatif .
Iris : immobile, pupille ronde, attachée à la cristalloïde antérieure par une zone exsudative grise .
L'iris est un peu atrophique .
Cristallin un peu opalescent .

Observation b .-

Madame F... Marguerite 56 ans .

30 - 10 - 61 Voile devant les yeux .
V.O.D. a.c. 9/10 V.O.G. a.c. 10/10
T.O.D.. 17 T.O.G. 50

31 - 10 - 61 Sous traitement T.O.D. 17 T.O.G. 15

Puis élévation progressive de la tension ne cédant pas au traitement médical .

7 - 2 - 62 T.O.D. 24 T.O.G. 35
Frottis oeil gauche : entérocoque

25 - 2 - 62 O.G. Elliot, iridectomie périphérique .

10 - 3 - 63 Picotement de l'oeil gauche
Hyperhémie conjonctival, cercle périkératique .
Bonne filtration .
Plis sur la descemet, petit tyndall, précipités sur la cristalloïde antérieure, iris bloqué .
Reçoit un traitement à base d'atropine, de solucort de diamox, de tifomycine .

Au cours de l'évolution, la tension s'abaisse jusqu'à 2, le test de Seidel montre une discrète filtration en pomme d'arrosoir . Un recouvrement épiscléral est alors pratiqué . Cependant, il persiste toujours des signes irritatifs du segment antérieur qui ne cèdent que sous un traitement continu au tand .

Observation c .-

Monsieur C... Christian 52 ans .

Glaucome chronique découvert en Juin 57 à l'occasion d'une migraine ophtalmique .

2 - 5 - 58	T.O.D. 25	T.O.G. 30
	V.O.D. a.c. 7/10	V.O.G. a.c. 1/10
12 - 5 - 58	Lagrange . Iridectomie périphérique	
23 - 6 - 58	Oedème de la cornée,	
	Tyndall +++	
	Oeil douloureux, rouge	
	Pilo, cortisone .	

Les troubles régressent progressivement .

4 - 8 - 58	Encore rouge et douloureux, l'oeil est hypertonique .
	L.A.F. Tyndall ++, quelques précipités .
	Tifomycine, cortisone, pilo .

Par la suite, il persiste un léger tyndall, la tension se normalise à 18 de chaque côté .

Observation d .-

Madame F... Eugénie 64 ans .

7 - 6 - 60 O.D. glaucome absolu actuellement douloureux malgré diamox et pilo

O.G. opéré il y a quatre ans (?) cicatrice plate, T.O. 30, V.O. 4/10 .

La tension ne baissant pas sous traitement médical, et l'acuité tendant à se détériorer, on opère .

26 - 10 - 61 O.G. Dissection conjonctivale de 12 à 2 heures (cicatricielle)

Lagrange ab externo, iridectomie totale .

2 - 11 - 61 L.A.F. : bonne bulle, quelques précipités sur la cornée, tyndall ++ avec quelques filaments fibrineux .

Cristallin ambré .

Sous conjonctivale de tifo et cortisone, instillation de néomycine hydrocortisone .

28 - 11 - 61 Cornée normale, pas de tyndall .

La tension se maintient à 18 .

Observation e .-

Madame M... Berthe 63 ans .

15 - 5 - 61 Depuis quinze jours ne voit plus très bien .
V.O.D. pas de P.L. V.O.G. 1/10
T.O.D. 85 T.O.G. 70

15 - 5 - 61 O.G. Lagrange ab externo avec iridectomie périphérique

24 - 5 - 61 Va bien V.O.G. 2/10

25 - 10 - 62 Diabète découvert il y a trois semaines : Glycémie à 1,54 g
Ethylisme avoué .

15 - 11 - 62 Etat inchangé T.O.D. 0/7,5
T.O.G. 18 V.O.G. 2/10

26 - 11 - 62 Depuis 48 h. L'oeil gauche est rouge, larmoyant, les paupières collées le matin . Quelques douleurs .
Tyndall +++, bonne fistule;
Tt : Néomycine, atropine, peni et strepto en intra-musculaire . Diamox ;

29 - 11 - 62 O.G. calme, pas de tyndall, pas de précipité .
T.O.G. 28

Ensuite, va bien, la tension reste identique, le 9 - 1 - 63, énucléation de l'oeil droit .

Observation f .-

Madame S... Pauline 56 ans .

Glaucome découvert en 1957 T.O.D. 55, T.O.G. 60
Sous traitement : T.O.D. 40, T.O.G. 30 .

17 - 9 - 57 Lagrange, iridectomie périphérique O.D.

23 - 10 - 57 O.G. Lagrange, iridectomie périphérique

7 - 12 - 57 O.D. et O.G. : bonnes bulles, calmes .

L'évolution est ensuite satisfaisante .

2 - 5 - 62 V.O.D. et V.O.G. 7/10
T.O.D. et T.O.G. 15

26 - 5 - 62 Depuis ce matin, l'oeil gauche est un peu douloureux et larmoyant .
A l'examen, hyperhémie surtout bulbaire et localisée autour de la fistule .
Cul de sac : peu de réaction, mais sécrétions blanches, filantes . Tyndall +++
Frottis : staphylocoque doré .
Tt : Auréomycine, homatropine .

6 - 6 - 62 O.G. Toujours très rouge, la fistule est hyperhémiée, il y a un tyndall très important, de nombreux précipités sur la descemet .
Hospitalisation
Ponction de la C.A. Tifo dans la C.A.
Examen de l'humeur aqueuse : Culture négative . Cytologie : quelques débris cellulaires . Rares grains de pigment .
Tt : collyres tifo et neomycine, Solucort pilo .
Injection de péni. Tifo par voie générale et sous conjonctivale .

20 - 6 - 62 L'oeil a retrouvé son aspect normal mais la cicatrice est plate, recouverte d'un conjonctif vascularisé .

La tension d'abord à 30 va se normaliser à 18 sous traitement médical . L'acuité reste en décembre 63 de 4/10 .

Observation g .-

Monsieur S... Zendel 60 ans .

8 - 4 - 61 Glaucome connu depuis trois ans .
Traité par la pilo
V.O.D. a.c. 9/10 T.O.D. 22
V.O.G. a.c. 9/10 T.O.G. 24
Infarctus du myocarde en 1959 .

6 - 6 - 61 O.G. Elliot avec iridectomie périphérique .

31 - 10 - 61 O.D. Elliot avec iridectomie périphérique .

17 - 4 - 62 V.O.D. a.c. 8/10 T.O.D. 16
V.O.G. a.c. 4/10 T.O.G. 18

22 - 12 - 62 Douleur et rougeur O.D. depuis cinq jours . T.O.D. 16
L.A.F. Bonne bulle de filtration bilatérale . A l'O.G.
Cercle périkératique, plis descemétiques, tyndall ++
très fins
Iris synéchié de 10 h à 3 h.
Tt. Neomycine, solucort, adrénaline . s/c de tifo .

Les signes vont régresser rapidement, mais il persiste longtemps un léger tyndall .

9 - 11 - 62 T.O.D.G. 22

TABLEAU DES VARIATIONS DES ACUITES VISUELLES

ET DES TENSIONS DES IRIDOCYCLITES

Observation	Intervention				Infection			
	Avant		Après		Avant		Après	
	A.V.	T.O.	A.V.	T.O.	A.V.	T.O.	A.V.	T.O.
a. O.D.	12/10	22						
O.G. Elliot	12/10	32	10/10	30	9/10	- 10	5/10	5
b. O.G. Elliot	10/10	35	10/10	22	10/10	50	6/10	7,5
c. O.G. Lagrange	1/10	30	ombre	norm. au doigt	ombre	norm.	1/50	20
d. O.D.	glaucome absolu		énucléation					
O.G. Lagrange	4/10	30	1/10	10	1/10	18	1/10	18
e. O.D.	glaucome aigu		énucléation					
O.G. Elliot	1/10	70	2/10	15	2/10	15	2/10	28

Observation	Intervention				Infection			
	Avant		Après		Avant		Après	
	A.V.	T.O.	A.V.	T.O.	A.V.	T.O.	A.V.	T.O.
f. O.D. Lagrange	10/10	40	10/10	24				
O.G. Lagrange	4/10	25	6/10	19		13	4/10	30 puis 18,5
g. O.D. Elliot	10/10	30	4/10	15	9/10	16	8/10	16
O.G. Elliot	9/10	30	5/10	19	6/10	18		
h. O.D. Elliot	7/10	35	2/10	norm.	2/10	norm.	2/10	18
O.G. Lagrange			2/10	18				

Vu, le Président de Thèse :

Prof. G. RENARD

Vu, le Doyen :

Prof. G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1.- ALEXIADES S. - Infection post-opératoire tardive, 7 mois après une trépanation d'Elliot, chez une malade atteinte de glaucome chronique bilatéral .
Arch. Ophtal. (Paris) 50 12 833-837 1933

2.- BIETTI G.B. - Considération sur les interventions sur le glaucome chez des sujets trachomateux . (Considerazioni sugli interventi per glaucoma in soggetti trachomatosi) .
Soc. Oftal. Lombarda 19 mars 1947
Arch. Ophtal. Paris 1949 . 9/1 133

3.- BONNET GEHIN M. - Les fistules externes de la cornée et de la région limbique .
Conf. Lyon Ophtal. 1962

4.- COLVIN C. - Résultats de l'opération du trépan sur le glaucome - (Results of trephine operation for glaucoma) - Ophtal. Soc. Australia 1948
Arch. Ophtal. Paris 1951 . 11/2 . 200

5.- CONSTANTY M. - Les complications post-opératoires dans les iridosclérectomies .
Thèse Paris 1955 .

6.- DELLAPORTA A. - La fréquence de l'infection tardive après trépanation d'Elliot et sclérectomie de Lagrange et remarques sur l'infection tardive après iridencleisis antiglaucomateuse .
An. in Arch. Ophtal. (Paris), 176 550 1939

7.- DUVERGER C. - Quarante ans d'opération de Lagrange .
C.R. Bull. Soc. Ophtal . Fr. 6 . 573-581, 1954 .

8.- FORONI C. - Opération fistulisante dans le glaucome . (Fistolizazione a valvola nel glaucoma) .
Arch. Ophtal. Paris 1949 . 9/1 . 133

9.- GUILLAUMAT L., PAUFIQUE L., DE SAINT MARTIN R., SCHIFF - WERTHEIMER.S., SOURDILLE G.P. - Traitement chirurgical des affections oculaires . Ed. G. Doin Paris 1961 .

10.- HAYE C. - Complications post-opératoires et résultats de 319 interventions d'iridencleisis .
Soc. Ophtal. Paris, 18 Juin 1955
C.R. Bull. Soc. Ophtal. Fr., 9 . 615-623 . 1955 .

11.- KALT M.- Les uvéites consécutives aux opérations antiglaucomateuses .
Ann. Thér. Ophtal. 9, 195-214, 1958 .

12.- KALT M., LOISILLIER F. - L'infection tardive consécutive aux opérations fistulisantes antiglaucomateuses . Etude clinique et histologique .
Ann. Oculist. (Paris). 91 . 10 . 713-735 . 1958 .
Cong. Internat. Ophtal. Bruxelles, 1958

13.- LEGRAND J., HERVOUET F., LENOIR A. - Anatomie pathologique de l'iridencleisis Les raisons des succès et des échecs .
Bull. Soc. Fr. Ophtal. 457-476 . 1957

14.- NIVET M. - A propos de 74 cas d'opérations fistulisantes type Lagrange .
Thèse Paris 1956

15.- PANAS .- Traité des Maladies des Yeux .
Masson éd. 1894

16.- RATEAU J. - Trypsine et fistule infectée de Lagrange .
Bull. Soc. Ophtal. Fr. 1960 . 60 . 213 - 215

17.- ROHRER F. - Recherches cliniques comparatives sur la cyclo-dialyse et la trépanation d'Elliot dans le glaucome . (Vergleichende klinische untersuchungen über die Wirkung der Zyklodialyse und der Elliotschen Trepanation beim Glaukom) .
Klin. Mbl. Augenheilk . 1953 . 123/3 . 268 - 277
Arch. Ophtal. Paris 1954 . 14/8 . 837 .

18.- TOPALIS CH., TSAMPARKALIS J. - Les complications post-opératoires du glaucome primaire .
Bull. Mem. Soc. Fr. Ophtal. 1961 . 74 . 50 - 61

19.- VANCEA TUDOR C. - Infection tardive intraoculaire à la suite d'une sclérotrépanation d'Elliot .
Rev. Med. Chir. 1958 . 62.589 - 592

20.- WAGENER A. - Etude comparative entre l'Iridencleisis de Holth et la trépanation d'Elliot . (Ein Verglrich zwischen der Iridenkleisis nach Holth und der Trepanation nach Elliot) .
Klin. Mbl. Augenheilk . 1955 . 127/5 . 528 - 536
Arch. Ophtal. Paris ; 1957 . 17/2 . 191

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]